

A atenção odontológica no Programa de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte/MG: uma estratégia de ação para ampliação de cobertura

Dentistry health care on Family Health Program in a basic unit of health in Belo Horizonte, Minas Gerais state: a strategy of action to extend its range

ONOFRE RICARDO DE ALMEIDA MARQUES ¹

MARILENE BARROS DE MELO ²

RESUMO

A saúde coletiva no Brasil vem ao longo dos tempos conquistando o espaço que lhe é devido. Contudo, esta luta passa por várias instâncias e tem que ser enfrentada respeitando cada peculiaridade. Uma delas é o trabalho da equipe de saúde bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF). Esse artigo procurou descrever uma estratégia de ação utilizada para ampliar a cobertura em um serviço de atenção à saúde bucal. O principal foco de ação foi a equipe multidisciplinar, na qual o trabalho em conjunto buscou a interação de agentes e a articulação de ações. Este estudo evidenciou que o planejamento e todos os seus sujeitos envolvidos foram fundamentais para a obtenção de resultados e consolidação do processo de

trabalho. Diante das dificuldades da equipe em termos de planejamento, notou-se que a observação participante como metodologia colaborou para a transformação do processo de trabalho e a sistematização desse estudo. Ficou evidente que a multidisciplinaridade ainda é a referência de trabalho, que a vontade política e o empenho dos profissionais da área são fatores importantes para a facilitação do processo laboral da equipe de saúde bucal no PSF.

UNITERMOS

Multidisciplinaridade em saúde; planejamento em saúde; gestão; processo de trabalho; equipe em saúde.

INTRODUÇÃO

Após a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), reconhecida pela sua característica cidadã, iniciou-se a consolidação de vários movimentos sanitários no País. Entre eles, a luta pela integração das ações e serviços públicos de saúde em uma rede regio-

¹ Cirurgião-dentista. Especialista em Prótese. Especialista em Periodontia e em Direito Sanitário. Superintendente de Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

² Cirurgiã-dentista. Especialista em Odontopediatria e em Saúde Coletiva. Mestre em Saúde Coletiva e Doutora em Ciências da Saúde. Referência técnica em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

nalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único. Em 1990, a Lei 8.080 – Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) – regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei 8.142 (BRASIL, 1990) dá suporte ao controle social e a descentralização das ações. Outras leis, portarias, programas e estratégias vêm sendo criadas com o objetivo de dar sustentação ao SUS. Um dos exemplos é o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 e normatizado pela NOB/SUS-1996, que tem como meta a atenção à saúde do cidadão no aspecto preventivo e assistencial.

O PSF foi estruturado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, a partir de uma lógica longitudinal, buscando garantir o vínculo de compromisso e coresponsabilização entre equipe de saúde, usuários do SUS e a integralidade das ações de saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Suas ações se situam na promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade.

Desta maneira, o alinhamento da equipe é vital para o desempenho do PSF. De acordo com Almeida Filho (2005) e Furtado (2007), essa integração é possível quando seus diversos integrantes articulam seus saberes específicos, organizando-os em relação ao objeto de trabalho. Assim, os diversos profissionais devem ter um objetivo comum, baseado na filosofia da Promoção da Saúde, quer nos aspectos preventivos, quer nos aspectos assistenciais.

A articulação dos saberes, segundo Furtado (2007), viabiliza a superação de barreiras em torno das diferentes áreas do conhecimento. Geralmente sustentadas pela disciplinaridade, que de acordo com Almeida Filho (2005) e Furtado (2007), foi constituída como uma estratégia de organização de um saber especializado – construído a partir de conjuntos de

conceitos, métodos e teorias – para uma melhor compreensão de fenômenos. Gusdorf (1990) *apud* Furtado (2007) compara o conhecimento a uma granada que explodiu em múltiplos pedaços, cada um formando o que se chama de disciplina.

No entanto, conforme aponta Furtado (2007), com a complexidade que envolve a contemporaneidade, a unidisciplinaridade não tem dado conta de responder aos avanços das ciências, sendo necessária a ruptura entre as fronteiras disciplinares, a invasão de um problema de uma disciplina por outra, a circulação de conceitos. A interdisciplinaridade implica em uma interlocução de disciplinas que apresentam uma temática comum, na qual uma dessas ocupa um nível hierárquico superior, atuando não somente como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares, mas, principalmente, como coordenadora do campo disciplinar, objetivando um trabalho coletivo (JAPIASSU, 1976; VASCONCELOS, 1997).

No caso da multidisciplinaridade, caracteriza-se como uma ação simultânea de disciplinas que possuem uma problemática comum, sem, entretanto, buscar uma cooperação ou interlocução sistemática entre as disciplinas, todas em uma mesma situação hierárquica. Alguns estudiosos não fazem distinção entre a multidisciplinaridade e a pluridisciplinaridade; outros sinalizam que esta última estabelece uma maior complementaridade entre as disciplinas que a primeira (JAPIASSU, 1976; VASCONCELOS, 1997).

Almeida Filho (2005) sinaliza que a transdisciplinaridade corresponde à interlocução compartilhada em diversos níveis e objetivos, com relações de poder de caráter horizontal e voltadas para uma única finalidade. Constitui um novo campo teórico e metodológico e respeita a amplitude e complexidade de determinado fenômeno. Este autor situa, ainda, a metadisciplinaridade, que se constitui como uma metadisciplina com a responsabilidade pela interlocução entre as diversas disciplinas.

A inserção da equipe odontológica no PSF

A inclusão da equipe de saúde bucal (ESB) como parte do Programa da Saúde Família (PSF) foi definida pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000). Esta portaria estabeleceu a implementação de uma equipe de ESB para cada duas equipes de PSF com o intuito de reorganizar a atenção básica odontológica no âmbito do município.

Foram implementados dois modelos de ESB, de acordo com a composição profissional da equipe. O modelo I tem, como integrantes, um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar de saúde bucal (ASB). Enquanto que, o modelo II tem um CD, um técnico de saúde bucal (TSB) e um ASB. Estes profissionais trabalham em articulação com os outros membros da equipe da família, formada por um médico, um enfermeiro e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). Esta equipe do PSF, lotada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), teria o apoio de outros profissionais, tais como assistentes sociais, psicólogos, médicos especialistas (pediatra, ginecologista e psiquiatra) além de outros níveis de atenção, compondo uma rede assistencial.

A inserção dos cirurgiões-dentistas na equipe do PSF tem como meta ampliar o acesso às ações odontológicas e qualificar a atenção, levando em consideração as especificidades de cada realidade local. O MS, ao criar o PSF, centrou na atenção básica adotando como pressupostos: o foco na família, a adscrição da clientela, a partir da qual a equipe trabalha com uma determinada comunidade/população residente em um território específico; a prática clínica segundo a lógica da epidemiologia social e, principalmente, o vínculo a partir dos laços de compromisso e da co-responsabilização entre os profissionais e a população.

A inserção da ESB demonstra o reconhecimento do MS de que a saúde não pode ser cuidada por apenas um profissional específico e, sim, entendida como objeto de todos os profissionais do PSF, em uma perspectiva inter e multidisciplinar, exigindo

uma interrelação de todos os profissionais da equipe (CARVALHO *et al.*, 2004; SOUZA, 2001).

Este artigo tem como objetivo descrever uma das estratégias utilizadas para ampliar a cobertura da atenção odontológica em uma UBS da região metropolitana em um município da região Sudeste, minimizando a sua demanda reprimida.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG (SMSA BH/MG) por meio do Parecer 049/2007³. Tem caráter descritivo e abrange a análise de uma das estratégias adotadas para a resolução da demanda reprimida para tratamento odontológico em uma UBS. Essa demanda compunha-se de três mil pacientes, listados em um livro de espera. Estas listas são classificadas por equipes de saúde bucal (ESB) modelo II (CD, TSB ASB) e equipes de saúde da família (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS). O grupo de usuários foi dividido entre as quatro ESB: 800 usuários para a equipe I, 980 para a equipe II, 750 para a equipe III e 470 para equipe IV.

A primeira tarefa das equipes foi estabelecer o diagnóstico da situação, elaborando um plano de trabalho que constava de três fases.

Fase I – Interna à ESB

Foram contemplados espaços de discussão com ajustes de melhoria no processo de atenção prestado pela equipe, priorizando a demanda. Desta forma estabeleceu-se:

- a) oficinas de alinhamento do processo de trabalho para realização de protocolos visando o estabelecimento de um padrão de atendimento, de acordo com a orientação da política de saúde institucional;

³ A pesquisa deste estudo, aprovada pelo Parecer nº 049/2007 do Comitê de Ética em Pesquisa da SANSA BH/MG, resultou outros dois artigos.

b) estabelecimento de meta para aumento da resolutividade – aumento da produção interna de 36 tratamentos completos (TC) por mês para 120 TC/mês no período de 120 dias. Esta ação foi posteriormente levada para a gerente da UBS, para que pudesse ter o apoio necessário no período de implementação.

Fase II – Externa à ESB

Como a proposta era de integrar o trabalho da equipe do PSF, viabilizaram-se espaços de aproximação e discussão entre todos os profissionais dessa equipe, a partir de:

- a) palestras com o objetivo de informar aos diversos profissionais a proposta e o processo de trabalho da ESB e sua articulação com o PSF;
- b) oficinas com os agentes comunitários de saúde, por entender que tais profissionais seriam imprescindíveis na abordagem dos usuários das listas de demanda reprimidas. Nestas oficinas, os ACS foram qualificados para realizar busca ativa de usuários e encaminhamento, obedecendo aos seguintes critérios: (1) localização do usuário na área adstrita, (2) confirmação da demanda e (3) agendamento para confirmar necessidade;
- c) criação de um fluxo de atendimento com as equipes de PSF, para que os profissionais médicos e enfermeiros fizessem uma triagem orientada como complemento do atendimento. Assim, ao procurar este atendimento, o usuário teria a oportunidade de ser direcionado para o Departamento Odontológico. O mesmo procedimento deveria ocorrer em caso das visitas domiciliares;
- d) apoio pactuado com a gerente da UBS para a implementação do plano de trabalho, envolvendo médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogo e ACS, fortalecendo o trabalho em equipe;
- e) parceria com o conselho local de Saúde, a fim de resolver situações de conflitos com alguns usuários, facilitando o acesso desses e a obtenção de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na fase de diagnóstico, notou-se a ausência de um planejamento das ações, de metas comuns estabelecidas. Cada cirurgião-dentista produzia o que pretendia. Bastava-se completar o plano de tratamento instituído, caracterizado como tratamento completado (TC), sem considerar o número de sessões necessárias para tal, apesar de a equipe gestora ter preconizado que a produção de TC por equipe deveria ser maior que os atuais 36 TC/mês, ocupando-se ainda do menor número possível de sessões. Estava também explícita a falta de sintonia no atendimento, traduzida por uma ausência de entendimento e padronização das ações, de estabelecimento de vínculo com os pacientes e de uma interlocução efetiva entre os integrantes da equipe. Além destas falhas, evidenciou-se a necessidade de um programa de qualificação para essa equipe.

Observou-se uma frágil integração entre os participantes das equipes de PSF. Os profissionais não se comunicavam e não havia consenso e sincronia na forma de como trabalhavam. A equipe odontológica reproduzia a mesma forma de agir, isolando-se em seu espaço. Nesta perspectiva, havia uma lacuna de conhecimento, atuação e relacionamento, situação que interferia diretamente na melhoria do processo de trabalho. Outro fator dificultador era a falta de apoio e entendimento dos gestores em sua atuação. Dois exemplos dessa situação foram o não reconhecimento da gerente da Unidade Básica da ESB como parte da equipe do PSF e o não acompanhamento por parte dos gestores do nível central.

Após a realização das oficinas, reuniões e pactuações com os diversos profissionais envolvidos, os ACS iniciaram um trabalho de busca ativa de acordo com a ordem de procura de atendimento na UBS. Dos 3.000 usuários inscritos, 980 foram excluídos por diversos motivos, como mudança de endereço, a ausência de demandas pelo serviço ou falecimento. Dessa forma, o universo caiu para 2.020 usuários. Considerando o objetivo estabelecido de 120 TC/mês pelas equipes de saúde bucal, estabeleceu-se como critério: 70%

de demanda reprimida, obedecendo à inscrição e 30% de demanda espontânea proveniente do fluxo definido anteriormente. Ficou ainda acordado que as urgências fossem atendidas entre consultas agendadas. Para caracterizar a demanda reprimida utilizou-se o critério de Carvalho *et al* (2004), que inclui nesse grupo não somente as pessoas cadastradas na área de maior vulnerabilidade, mas também os usuários que buscam a demanda espontânea.

Inseriram-se entre as atividades clínicas algumas antes não realizadas, como o tratamento endodôntico – de dentes anteriores e de decíduos – e a confecção de resinas complexas de três paredes. O objetivo dessa inclusão era diminuir o encaminhamento para a atenção secundária, evitando um dos fatores de aumento de urgência. Todas as urgências que tivessem o potencial de TC eram executadas durante esta consulta.

Como resultado destas ações, em três anos a equipe conseguiu atender toda a demanda reprimida. O usuário procurava o serviço odontológico após ter passado pelo acolhimento da equipe da família e aguardava o atendimento por um tempo máximo de quatro dias. A relação número de urgência/dia passou de oito por dia para duas, indicador que ilustra a melhoria da resolutividade do serviço prestado. Esse resultado pode ser associado à situação do acolhimento que Carvalho *et al.* (2004) assinala como uma resposta positiva às necessidades do usuário em um processo de atenção à saúde bucal. Principalmente quando esse se estabelece em uma população com diferentes níveis de complexidade, fazendo-se necessária a incorporação de atividades de educação e comunicação, após serem definidos grupos assistenciais coletivos e/ou individuais. Os grupos foram divididos em: pais de recém-nascidos, gestantes, hipertensos e diabéticos (hiperdia), saúde mental e desnutridos.

Outro aspecto observado foi o aumento de procedimentos preventivos, como educação para saúde, e a instituição de grupos operativos vinculados. Exemplos

destas ações são: o grupo de diabéticos acompanhados pelo PSF com garantia de tratamento odontológico; a realização de exames clínicos preventivos anuais; o acompanhamento de instituições como creches e casas de permanência de longa duração e ampliação das biópsias realizadas e encaminhadas à PUC Minas para exame anátomo-patológico, visando o diagnóstico de lesões suspeitas.

Os trabalhos realizados passaram por dois momentos críticos, sendo o primeiro de planejamento e o segundo de implementação/monitoramento/avaliação. Esta experiência reforça a opinião de autores como Carvalho *et al.* (2004), que afirmam a necessidade de planejamento e avaliação em saúde como identificador e solucionador de problemas em uma área que envolve o trabalho de equipes intersetoriais. Inicialmente, foi importante o diagnóstico da área com o cadastramento das famílias, o levantamento das necessidades e o conhecimento do perfil epidemiológico.

O planejamento de ações foi uma ferramenta indispensável e dependeu, fundamentalmente, do diagnóstico da situação atual do sistema. A organização da demanda, seguiu a orientação de Carvalho *et al.* (2004) e se constituiu dos seguintes passos: (a) atenção à livre demanda; (b) atenção às urgências; (c) atenção programada e; (d) manutenção ou retorno programado. Conforme relato anterior de Schraiber *et al.* (1999), tratou-se de uma abordagem que envolveu o trabalhador em uma relação direta com o seu processo laboral e o gestor que assumiu a posição de monitorar e/ou transformar as ações assistenciais.

A participação do gestor e do trabalhador da ponta (UBS) foi fundamental para estabelecer e cumprir as metas que impactaram no serviço e no usuário. Esta interface deve ser considerada pela gerência da UBS para que a multidisciplinaridade seja de fato existente e operativa, levando a efetivação dos resultados e ajudando a cumprir as metas pactuadas dentro de um planejamento, gestão e avaliação (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

Como ganho desse processo houve melhoria no relacionamento dos profissionais de diversas áreas: ACS, assistentes sociais, auxiliar de enfermagem, enfermeiros, médicos, psicólogos, técnico de vigilância sanitária e zoonose, que possibilitou a troca de conhecimento técnico e de gestão. O trabalho realizado demonstrou como a sociabilidade e a interação são indispensáveis para se alcançar resultados modificadores das estruturas e da cultura institucional.

Este estudo sugere que a eficácia dos serviços na perspectiva da atenção integral está diretamente associada à maneira e à proposta de trabalho do servidor e do órgão ou instituição que os contém. É preciso reconhecer a força que a equipe possui no sentido de ultrapassar obstáculos. Há necessidade de recomposição dos trabalhos especializados, com vistas à assistência integral de saúde, seja de especialidades de uma mesma área profissional, seja de áreas distintas ou multiprofissionais.

Verificou-se que a organização do processo de trabalho foi significativa para o resgate da saúde bucal. A inclusão do acolhimento foi essencial neste processo, pois direciona para um trabalho de caráter multiprofissional com a construção e/ou aplicação de protocolos. Estes subsidiaram a adequação da conduta profissional e o aumento da produtividade da equipe. Estas ações garantiram um real reordenamento do processo de trabalho na UBS, caminhando além da lógica da agenda/consulta, indo para a responsabilização compartilhada da equipe de saúde da família.

Este estudo contribuiu para mostrar a importância da reorganização do serviço, baseando-se na articulação das ações e na interação dos agentes para que se possa alcançar a integralidade da atenção. A integralidade exige mais que uma mera reunião de recursos humanos de diferentes áreas profissionais em um mesmo local de trabalho (SCHRIBER *et al.*, 1999). Com isto, pode-se partir do pressuposto que nenhum agente de saúde tem condições de realizar a totalidade das ações de saúde demandadas. Esta

opinião é compartilhada por Padilha (2005), quando afirma que a adequação dos diversos sujeitos no processo de trabalho em saúde, as técnicas e as teorias de programação são cruciais para o processo de atenção à saúde bucal.

A participação de todos os integrantes da equipe favoreceu a perspectiva da multidisciplinaridade e um produto que contemplou a qualificação conjunta dos diversos saberes, mas cada um em seu campo disciplinar. Não houve, portanto, uma interlocução entre esses saberes o que facilitaria uma relação menos hierarquizada, maior autonomia para toda a equipe e a consolidação de um compromisso permanente com melhores condições de vida e saúde da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho evidenciou que o planejamento em todas as suas fases – formulação, implementação e avaliação – e os atores sociais envolvidos são imprescindíveis para a obtenção de resultado e consolidação do processo de trabalho, apesar de ser uma ferramenta ainda pouco utilizada. Cada indivíduo desempenha um papel importante e sua participação tem um relacionamento direto com o resultado obtido.

Na fase da formulação, o diagnóstico local foi um elemento norteador para que o processo tivesse a importância devida, ofertasse parâmetros para a adoção de estratégias, a mobilização e a ação das atividades necessárias que sustentavam uma mudança frente a uma nova perspectiva de atenção à saúde bucal.

Nas fases de implementação e avaliação, foi indispensável o posicionamento do gerente da UBS como participante e mediador de implementações como mudança de fluxo no atendimento, participação em oficinas com profissionais diversos, cobrança de novas posturas, monitoramento com indicadores, e conhecimento do objeto – saúde bucal no PSF e co-responsabilização.

Os resultados obtidos neste estudo demonstram que a introdução do referencial da multidisciplinaridade, apesar das suas limitações, foi importante para nortear a ação da equipe, a agenda e o empenho dos profissionais da área, facilitando o processo de trabalho da equipe de saúde bucal no PSF.

ABSTRACT

Brazilian public health is conquering the place it deserves. However, this fight goes through many instances and must be faced with respect in each one of its deals. One of them is the Dentistry Health Team (DHT) in the Family Health Program (FHP). This article attempt to describe an action strategy used for increase the coverage in a service of Dentistry health. The main action spot was a multidisciplinary team, which the teamwork seeking sought the interaction of agents and action articulations. This work showed that the planning and all the subjects involved were fundamental to the achievement of results and consolidation of the working process. Face the difficulty of the team in terms of planning, it was noticed that the participant observation methodology contributed to the transformation of the working process and systematization of this study. It was evident that the multidisciplinarity is still the reference of work. Also the policy and commitment of professionals are important factors for carry out the working process of the Dentistry Health Team in the FHP.

Keywords: Multidisciplinarity health; health planning; management; working process; health team.

REFERÊNCIAS

01. ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde Sociedade*, São Paulo, v.14, n.3, p.30-50, jul./set. 2005.
02. BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 5 out. 1988. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao.htm>. Acesso em 15 out. 2010.
03. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, n.182, 20 set. 1990, Seção I, p.18055.
04. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
05. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1444, de 28 de dezembro de 2000. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de incentivos financeiros. *Diário Oficial da União*, Brasília/DF, 2000.
06. CARVALHO, D. Q. *et al.* A dinâmica da equipe de saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Saúde Pública do RS*, Porto Alegre, v.18, n.1, p.175-184, jan./jun. 2004.
07. FURTADO, J. P. Equipes de referências; arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.11, n.22, p.239-255, maio/ago. 2007.
08. GUSTORF, G. Les Modèles Épistémologiques dans les Sciences Humaines. *Bulletin de Psychologie*, Paris, n.397, n. 8, p.858-868, 1990 *apud* FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre as disciplinas e profissões. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.11, n.22, p.239-255, maio/ago. 2007.
09. JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 220p.
10. PADILHA, W.W.N. *et al.* Planejamento e programação odontológica no PSF do Estado da Paraíba; estudo qualitativo. *Pesq. Bras. Odontop. Clin. Integr.*, João Pessoa, v.5, n.1, p.65-74, jan./abr. 2005.
11. SOUZA, D.S. *et al.* A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. Odontol. Saúde Coletiva*, Brasília, v.2, n.2, p.7-29, jul./dez. 2001.
12. SCHRAIBER, L.B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde; identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.221-242, abr./jun. 1999.
13. VASCONCELOS, E.M. Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, v.1, n.7, p.19-42, nov./dez. 1997.